

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON VARICELA  
COMPLICADA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA DEL  
HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA ESSALUD PIURA**

**2014-2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**DANIA YESELA MOLLINEDO OSORIO**

**Callao, 2017**

**PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- Dra. BERTHA MILAGROS VILLALOBOS MENESES : PRESIDENTA
- Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO : SECRETARIA
- Dra. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN : VOCAL

Nº de Libro : 03

Nº de Acta de Sustentación: 196 - 2017

Fecha de aprobación: 30 Junio de 2017

Resolución de Decanato Nº 1653-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1. Identificación del Problema	3
1.2. Objetivos de la Investigación	4
1.3. Justificación	4
<b>II.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL</b>	5
2.1. Antecedentes del Estudio	5
2.2. Marco Conceptual	10
2.3. Definición de Términos	30
<b>III.- EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	32
3.1. Recolección de Datos	32
3.2. Experiencia Profesional	32
3.3. Procesos realizados en el tema del informe	37
<b>IV. RESULTADOS</b>	40
<b>V. CONCLUSIONES</b>	45
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	46
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	47
<b>ANEXOS</b>	49

## INTRODUCCIÓN

La situación de los niños, en especial en menores de 5 años es considerada en la actualidad el principal objetivo de intervención para mejorar las condiciones de vida de los niños/as en nuestro país y en especial en nuestra región. El MINSA, cumple con su rol supervisor con la participación de instituciones que desarrollan programas y acciones para la atención y protección de la salud de este sector poblacional.

El propósito de la atención de enfermería en el servicio de pediatría, debe proponer no solo estrategias del cuidado inmediato, sino acciones de valoración, planificación del cuidado, ejecución y evaluación de la enfermería en base a la aplicación de teorías y modelos de enfermería que consideran las necesidades básicas o actividades vitales en las distintas etapas del desarrollo del niño. Es así que con esta investigación se elaboró una propuesta de prestación de atención de enfermería que considera:

- a. Valorar e identificar los problemas, causas, signos y síntomas de la varicela complicada con la que ingresa el niño/a al Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital III José Cayetano Heredia.
- b. Las etapas de ejecución, evaluación y control de las actividades supone especificar el beneficio del cuidado, la exactitud de las acciones aplicadas. De esta forma el cuidado de enfermería cumple:
  - Una finalidad de cuidado.
  - Una meta de prevención y protección.

Los resultados de ésta investigación son un instrumento para mejorar la calidad y calidez de vida de los menores disminuyendo de este modo la morbi-mortalidad de este importante grupo humano.

## I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.1. Descripción de la situación problemática

El Hospital III "José Cayetano Heredia" es el centro de mayor congregación de pacientes entre asegurados, no asegurados, convenios (SIS, SALUPOL) y pacientes de aseguradoras, entre otros.

Debido al número elevado de atenciones de niños/as con diagnóstico de Varicela Complicada, registrándose un promedio de 222 casos entre el 2014 al 2016, de niños hospitalizados en el servicio de pediatría según datos del departamento de estadística del Hospital. Este registro de datos indica dificultades e imposibilidad de brindar cuidado a los niños por parte del personal de enfermería, quedando en algunos casos bajo la responsabilidad de los padres o cuidadores (1).

Según el anuario de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica, es una herramienta fundamental para orientar a las diferentes instancias encargadas de proponer y ejecutar proyectos, evaluar programas y establecer políticas públicas para una toma informada de decisiones y una correcta inversión de recursos.

La escasez de conocimientos y educación por parte de los padres o cuidadores de los niños, los malos hábitos de higiene e incumplimiento de la atención, afectan directamente a los niños, que quedan al cuidado de personas menores de edad. La situación socioeconómica de las diferentes familias afecta directamente la salud de los niños al no contar con los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades vitales y al

no cumplir con el tratamiento sintomático adecuado. La falta de capacitación por parte del equipo de salud a los padres o cuidadores a cerca de las normas de atención: prevención y promoción.

### 1.2. Objetivo de la Investigación

Describir los cuidados de Enfermería en Pacientes con Varicela Complicada, ingresados en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital III José Cayetano Heredia EsSalud Piura 2014-2016.

### 1.3. Justificación

Según la Constitución Política del Perú, se dispone que el Estado debe garantizar el derecho a la salud, la promoción y protección, recalando que en el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria y especializada los niños/as, la sociedad y la familia favoreciendo el desarrollo integral de los mismos y garantizando de este modo el ejercicio pleno de sus derechos (2), por tal motivo esta investigación es importante para el personal de salud que trabaja en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital III José Cayetano Heredia – Piura, porque ayudará a mejorar el cuidado integral de los pacientes con diagnóstico de Varicela Complicada, para reintegrarlos a la sociedad. Por consiguiente la investigación también contribuirá en la capacitación de Instituciones Educativas (Universidad, colegios y nidos). Esta investigación es con el afán de concientizar al personal de enfermería en la importancia de aplicar el proceso de atención de enfermería para la prevención y recuperación de los pacientes diagnosticados con Varicela Complicada en nuestra localidad.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes del estudio

Mazariegos, O. (2012), "Varicela complicada evolución intrahospitalaria en pediatría" (3), se planteó los siguientes objetivos: conocer las complicaciones neurológicas, respiratorias, dermatológicas e infecciones invasivas por varicela que ameritaron ingreso hospitalario, establecer la edad y sexo más afectado, determinar el estado de vacunación contra varicela, el estado inmunológico de los pacientes ingresados y establecer el tipo de tratamiento recibido por los pacientes que fueron objeto de estudio. La población estaba integrada por pacientes ingresados con diagnóstico de varicela complicada al servicio de infectología del departamento de pediatría del hospital general de enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Durante el período comprendido del 1 de enero de 2005 al 31 de junio de 2010. Para ello los datos fueron seleccionados a través de criterios de inclusión y exclusión, obtenidos a través de una boleta de recolección de datos y posteriormente procesados en Excel, donde se obtuvieron los siguientes resultados: Se documentaron un total de 122 casos de varicela complicada en el período previamente indicado, encontrándose que la complicación más frecuente presentada por los pacientes fueron las dermatológicas (70%), seguidas en orden por las de tipo respiratorio (55 casos), en un 7% las neurológicas y por último las infecciones invasivas (6%). El sexo más afectado fue el masculino, todos los pacientes no se

encontraban vacunados contra la varicela y el tratamiento utilizado con más frecuencia fue la antibioticoterapia.

Se llegó a las siguientes conclusiones: La complicación más frecuente de varicela son las sobreinfecciones de tipo dermatológico seguidas por las respiratorias, neurológicas e infecciones invasivas, los pacientes objetos de estudios no contaban con la vacunación dato importante ya que tienen riesgo de infecciones graves. El trabajo de investigación arrojó las siguientes recomendaciones: Evaluar la implementación del uso de la vacuna de la varicela en el esquema de vacunación, realizar estudios sobre el impacto socioeconómico de esta enfermedad.

LU PALENCIA F., (2014) en su tesis para optar el título de Médico Cirujano, "Caracterización de complicaciones por varicela en niños en el hospital infantil de infectología y rehabilitación de Guatemala" (4), nos permite acceder a la siguiente información:

La varicela causa complicaciones en el 10% de los pacientes pediátricos, en Guatemala no existen estudios acerca de complicaciones en pacientes con varicela.

Se planteó el siguiente objetivo: Describir las características de las complicaciones desarrolladas por varicela en niños menores de doce años. Para ello utilizó los siguientes Materiales y Métodos: Estudio transversal, 333 expedientes habiéndose excluido 42 por no cumplir los criterios de inclusión. Obteniendo así los siguientes Resultados: Se incluyeron 146 pacientes de sexo masculino (50.17%) y 145 de sexo femenino (49.89%). En cuanto a la edad: menores de un año 77

(26.46%), 1-5 años 138 (47.42) y mayores de 5 años 76 (24.72). Las complicaciones: infecciones cutáneas 199 (73.43%) complicaciones neurológicas 32 (11.8%) y complicaciones neumológicas 23 (8.48%). Estancia hospitalaria promedio fue de 6.1 (DS: 5.8). El 2% requirió cuidados intensivos y 2 pacientes necesitaron ventilación mecánica. Al egreso 19 (6.52%) pacientes presentaron secuelas. No hubo mortalidad. Todo este análisis le llevó a las siguientes Conclusiones: Los niños con varicela pueden presentar complicaciones cutáneas, neurológicas y neumológicas que pueden en algunos casos requerir cuidados intensivos y dejar secuelas importantes.

LÓPEZ R., (2002) "Estudio clínico epidemiológico de fascitis necrosante en niños con varicela" (5), para optar el título de Especialista en Pediatría, nos refiere la siguiente información: Se planteó como objetivo principal reconocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con varicela que desarrollaron Fascitis Necrosante durante la enfermedad. Además de conocer la frecuencia de casos hospitalizados por Fascitis Necrosante en niños con Varicela adquirida en la comunidad. Además de reconocer factores de riesgo para hacer Fascitis Necrotizante. Como también conocer las principales manifestaciones clínicas de los casos de Fascitis Necrotizante al momento de la admisión.

Es estudio fue retrospectivo, descriptivo de revisión de casos clínicos; realizado en el Instituto de Salud del Niño. Se incluyeron en el estudio a los niños hospitalizados en el Instituto de Salud del Niño con diagnóstico de egreso de Varicela complicada con Fascitis Necrosante. Se excluyeron

a los pacientes con diagnóstico clínico de Varicela que no desarrollaron Fascitis Necrosante. Los datos fueron recolectados en un cuadernillo previamente diseñado, que incluían las variables de edad, sexo, lugar de procedencia, antecedentes de enfermedades crónicas como asma, leucemia nefrótica, Diabetes, características clínicas de la Varicela (durante el brote, contacto intradomiciliario), características clínicas de la Fascitis Necrosante, tales como día de inicio en relación al brote, signos y síntomas principales, evolución, terapia antibiótica, realización de cirugía, sepsis, shock, días de estancias hospitalarias. Después del estudio se consiguieron los siguientes resultados. Durante el periodo del estudio se registraron 777 casos de niños hospitalizados por complicaciones de Varicela adquirida en la comunidad.

Del total de estos casos, se seleccionaron 26 casos que correspondieron a Fascitis Necrosante como complicaciones de Varicela. En 2 casos no se pudo obtener la historia clínica, por lo que para el presente estudio, solo se consideraron 24 casos. Se llegó a las siguientes conclusiones: La Fascitis Necrosante en niños con Varicela es una complicación infecciosa severa poco frecuente pero potencialmente mortal que afecta predominantemente a los niños menores de 5 años de edad. Para reducir la morbilidad y letalidad asociada a esta complicación es importante su reconocimiento temprano, una monitorización y estabilización hemodinámica durante las primeras horas de admisión, un diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz así como de una terapia antimicrobiana empírica inicial de amplio espectro con actividad contra *Streptococcus* Beta Hemolítico Grupo A. Basado en la información disponible actual en

la literatura y a la experiencia registrada en esta serie de casos se pueden proponer la siguiente guía de manejo hospitalario con el objetivo de reducir la morbilidad, estancia hospitalaria y letalidad de los casos de Fascitis Necrosante en niños con Varicela.

MIRANDA E., CANDELA J., DÍAZ J., FARFÁN S., (2013) "Varicela complicada en un hospital pediátrico de referencia, Perú 2001-2011" (6) donde el objetivo de estudio fue describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos de varicela complicada atendidos en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) del Perú durante los años 2001 al 2011. Se realizó una serie de casos que incluyó un total de 1073 niños con varicela complicada. La mediana de la edad fue de 2,5 años (RIQ 1,1-4,8 años); 578 (54%) fueron de sexo masculino. El tipo de complicación más frecuente fueron las infecciones secundarias de piel y partes blandas con 768 casos (72%), se registró 13 (1,4%) fallecidos. En conclusión, en el INSN se hospitalizan con mayor frecuencia casos de varicela complicada en niños menores de cinco años, con un tiempo de hospitalización corto y con una baja proporción de fallecidos, la mayoría de complicaciones siendo relacionadas con las infecciones secundarias de piel y partes blandas.

Después de realizar una investigación exhaustiva, no se encontraron referencias de investigaciones similares en el ámbito regional.

## 2.2. Marco conceptual

### VARICELA

La varicela es la infección primaria sumamente transmisible del VVZ (Virus Varicela Zóster). Los niños pequeños adquieren el virus de personas con infección activa por el VVZ. La transmisión es mucho mayor si proviene de personas con varicela. Sin embargo, los pacientes con Zoster también pueden transmitir el virus. La varicela puede ser realmente más contagiosa justo antes de la aparición de la erupción. Tras un periodo de incubación de 10 a 21 días (hasta 28 días tras recibir VVZ), los enfermos presentan fiebre prolongada, cefalea y malestar seguido en 24 a 48 horas por el desarrollo de la erupción vesiculoso característica. La erupción normalmente comienza como gotas de rocío sobre pétalos de rosa, y aparece en la cara, el tronco o el cuero cabelludo, para luego extenderse a todo el cuerpo. El número total de lesiones puede variar entre 50 y 500. Las ampollas aparecen amontonadas durante los primeros 3 a 5 días de enfermedad, y pueden ser más llamativas en zonas de traumatismo leve o dermatitis, como eritema solar o eccema. Las ampollas diminutas iniciales evolucionan a ampollas más grandes que están llenas de líquido claro que se torna turbio con desechos celulares y finalmente, involucionan con formación de costra. Las lesiones de la piel suelen ser muy pruriginosas pero no dolorosas. Las lesiones de las mucosas forman úlceras superficiales que pueden ser dolorosas. En ausencia de infección bacteriana secundaria, la curación tiene lugar en 7 a 10 días sin formación de cicatrices aunque pueden persistir durante varios meses lesiones aisladas hipo o hiperpigmentada (7). Se cree que

la inmunidad después de la varicela es para toda la vida; sin embargo, la infección primaria en circunstancias en las que las respuestas inmunitarias son incompletas pueden predisponer a un segundo episodio de varicela.

Las ampollas también pueden verse en infecciones por virus del herpes simple (VHS), enterovirus (sobre todo coxsackie) o *Staphylococcus aureus*. En ocasiones las erupciones de origen farmacológico se pueden confundir con la varicela. En el recién nacido pueden aparecer lesiones vesiculosas en la sífilis congénita la candidiasis congénita, el herpes neonatal, la melanosis pustulosa y las histiocitosis. Así pues, pueden producirse segundos episodios de varicela como consecuencia de diagnosticar erróneamente el primer episodio. En el huésped normal, la varicela es generalmente una enfermedad benigna que se resuelve de manera espontánea. La presencia de una fiebre importante después de las primeras 48 horas de la erupción, o la progresión de la inflamación o la hipersensibilidad al tacto alrededor de las lesiones con costra debe hacer sospechar una infección bacteriana secundaria. Asimismo, la aparición de lesiones hemorrágicas, la presencia de dolor abdominal o vómitos intensos o la alteración del estado mental deben sugerir posibles complicaciones, que requieren una intervención inmediata (8).

## COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes de la varicela son las infecciones bacterianas secundarias. Los responsables más comunes son

Staphylococcus y Streptococcus pyogenes (estreptococos B – hemolíticos del grupo A o GABHS).

La progresión de la inflamación alrededor de las lesiones, la formación de ampollas o el desarrollo de linfadenitis regional indican infección bacteriana secundaria. Puede haber abscesos de los tejidos profundos, osteomielitis o artritis séptica. Una de las infecciones secundarias más temibles identificada recientemente es la fascitis necrosante (FN). En la FN puede haber dolor en un grupo muscular y tumefacción circunferencial en una extremidad en ausencia de un eritema suprayacente significativos.

En la varicela es frecuente la elevación transitoria leve de las enzimas hepáticas. En la varicela diseminada progresiva se produce una hepatitis sintomática más intensa. Antes de identificar la relación entre el VZV y el ácido acetilsalicílico se observa síndrome de Reye, o encefalopatía aguda con hipertensión intracraneal, disfunción neurológica progresiva y degeneración grasa del hígado, pero ahora se trata de un fenómeno infrecuente. Puede haber neumonitis hasta en un 10% de los casos de varicela. En los niños, la afectación pulmonar suele ser leve, pero los adultos tienen más riesgo de progresión a neumonía grave e incluso insuficiencia respiratoria (9).

Las trombocitopenias como complicación de la varicela pueden presentarse como hemorragia digestiva. También puede observarse trombocitopenia como parte de una coagulopatía en relación con varicela progresiva. Rara vez se produce hemorragia del sistema nervioso central (SNC). Las complicaciones neurológicas más comunes de la varicela son

ataxia cerebelosa aguda y encefalitis. La ataxia cerebelosa generalmente se resuelve de manera espontánea y puede acaecer antes o después del inicio del exantema. La encefalitis puede ser limitada o grave si se asocia a enfermedad progresiva. También se han descrito meningitis aséptica, mielitis transversa y síndrome de Guillain-Barré.

Estas ocurren en 5 a 10% de los casos de varicela, son efecto de la acción directa del virus por mecanismos inmunitarios o por sobreinfección bacteriana. Pueden clasificarse en: cutáneas, viscerales, neurológicas y síndrome de Reye. Pueden ocurrir antes durante o después de la erupción cutánea y suelen ser más graves en pacientes inmunodeprimidos, recién nacidos, adolescentes y adultos. Estos últimos, tienen una probabilidad de 25 veces mayor de desarrollar complicaciones que los niños. Otras complicaciones menos frecuentes son otitis media, estomatitis, sinovitis, queratitis, conjuntivitis y hepatitis (10).

#### Complicaciones Cutáneas

Después del herpes zoster, que predomina en la vida adulta, las infecciones de piel y tejidos blandos son las complicaciones más frecuentes de la varicela en niños sanos. Incrementan notablemente la morbilidad de esta enfermedad y son la principal causa de hospitalización en niños menores de 5 años, la invasión de los tejidos blandos da lugar a abscesos subcutáneos. Se calcula que entre 15000 y 20000 niños sanos desarrollan complicaciones, principalmente superinfección bacteriana, con un promedio de hospitalizaciones por año de 5000 a 6000, y un riesgo de hospitalización de 1 en 600 casos; las infecciones secundarias originadas

por estreptococos del grupo A son de gran importancia ante la evidencia que sugiere una mayor virulencia del mismo cuando hay brotes epidémicos. Ya que la erupción vesicular suele causar mucha comezón, existe el riesgo de introducir bacterias y otros patógenos en las vesículas, principalmente *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, lo cual puede ocasionar una infección focalizada o sepsis aguda; la mayor parte de estas infecciones son superficiales, pero pueden dar lugar a cicatrices permanentes. Entre ellas se cuentan:

- Celulitis
- Varicela hemorrágica y bulosa
- Gangrena circunscrita
- Purpura fulminante
- Fascitis necrosante.

En esos casos la piel que rodea a una lesión, por lo común a nivel del abdomen, se aprecia equimótica y edematosa; la histopatología de estos procesos es una fascitis necrosante. Los agentes causales de estas infecciones son similares, tanto para niños como para adultos; en estos últimos se han descrito también escarlatina, síndrome de choque tóxico y síndrome estafilocócico de piel escaldada. En ocasiones la bacteriemia no da lugar a síntomas sistémicos, pero puede ocasionar infecciones focalizadas como neumonía, artritis u osteomielitis.

#### Complicaciones Viscerales

La varicela puede afectar órganos internos, en cuyo caso la afección más común es la neumonía por varicela. Al parecer, esta neumonía viral es

más frecuente en adultos y en recién nacidos, se presenta rara vez en niños sanos y, cuando ocurre, suele presentarse como una neumonitis, casi siempre transitoria que en la mayor parte de los casos se resuelve del todo en un periodo de 24 a 72 horas. En Estados Unidos representa el 10% de las hospitalizaciones pediátricas por varicela; no es común en este grupo de edad, salvo en el caso de los pacientes inmunodeprimidos. Sin embargo, en los adultos es la complicación grave más común y se observa en 15% de los casos lo que equivale a un acceso neumónico por cada 400 casos de varicela. Las manifestaciones suelen presentarse 5 días después de la aparición de la erupción y se caracterizan por la presencia de tos, disnea, fiebre y en ocasiones dolor pleural o hemoptisis, el diagnóstico suele confirmarse con una radiografía de tórax. Puede ser mortal en 10% de los adultos sanos.

Las manifestaciones clínicas de hepatitis viral de tipo reactivo son poco comunes en niños con varicela, sin embargo, incluso 49 % de pacientes en un estudio con elevaciones leves de aminotransferasas de aspartato (AST), en un intervalo de 32 a 50 UI/L, fue más probable que tuvieran vómito grave, lo cual permite diferenciar esta forma de hepatitis del síndrome de Reye en estadio I. sin embargo, menos de 10% de niños en el mismo estudio tuvieron incrementos de la AST del triple o más de lo que suele observarse en el síndrome de Reye. Durante la fase aguda de la infección pueden ocurrir complicaciones hematológicas, como alteraciones en la producción de plaquetas, que conducen a trombocitopenia con manifestaciones clínicas de sangrado; los niños

pueden desarrollar hematuria, sangrado gastrointestinal y epistaxis. Se piensa que pueda deberse a una menor producción o menor supervivencia de plaquetas, provocada por mecanismos inmunitarios, vasculitis con daño celular endotelial o hiperesplenismo transitorio; suele ser transitoria, pero la cuenta de plaquetas puede continuar siendo baja por varias semanas. Las complicaciones hemorrágicas letales son muy raras por ejemplo hemorragia cerebral; la trombocitopenia posinfecciosa se define como aquella que suele ocurrir una o dos semanas o en ocasiones más, después de la presentación de la varicela.

#### Complicaciones Neurológicas

Estas son más comunes en niños inmunodeprimidos. En virtud de la disminución de la incidencia del sarampión, en Estados Unidos, en la actualidad, la varicela se ha erigido como la erupción viral de la infancia que con mayor frecuencia se vincula con complicaciones neurológicas y es la segunda causa de hospitalización después de las complicaciones bacterianas de la piel en niños sanos con varicela. Se piensa que son el resultado de invasión directa del virus al sistema nervioso central, o bien, de alteraciones mediadas por mecanismos inmunitarios, que suelen ocurrir durante la fase aguda de replicación del virus de varicela-zoster, por lo cual no guardan relación con el exantema de la varicela. Las más comunes son la encefalitis y la ataxia cerebelosa. La encefalitis por varicela se presenta en aproximadamente 1.7 por 100,000 casos en niños de uno a cuatro años de edad. Sus manifestaciones pueden surgir durante el período de incubación, pero por lo general aparecen luego que

se ha manifestado el exantema, en general, cuatro a ocho días después. Las manifestaciones incluyen cefalalgia, náuseas, vómito, disminución del grado de conciencia, reflejos extensores plantares positivos, rigidez de nuca, nistagmo y presentación súbita de convulsiones, las cuales son generalizadas, por lo común breves y responden adecuadamente al uso de anticonvulsivos. La fase aguda del padecimiento suele ser breve, con recuperación total en la mayor parte de los casos en un lapso de 24 a 48 horas, incluso en niños que están comatosos al momento de su ingreso al hospital. En los adultos, es motivo de 3.3 hospitalizaciones por cada 10,000 casos, con una mortalidad en este grupo de edad cercana a 10% y con secuelas a largo plazo hasta en 15% de los sobrevivientes. La ataxia cerebelosa es la complicación más común, única en cuanto a su vinculación con el padecimiento y una incidencia desproporcionadamente alta en niños menores de cinco años; uno de cada 4,000 casos. Como acontece con la encefalitis, sus manifestaciones pueden iniciar durante el período de incubación, pero hasta 51% de ellas se presentan dos a seis días después de la aparición del exantema. Los niños con participación cerebelosa muestran irritabilidad gradual progresiva, alteraciones del habla y nistagmo junto con empeoramiento de la ataxia. En contraste a lo que acontece con la encefalitis, la ataxia puede persistir por días o semanas, y a diferencia de la misma, no se relaciona con mortalidad y las secuelas persistentes son muy raras. A veces, algunos pacientes pueden tener manifestaciones conjuntas cerebrales y cerebelares. Son complicaciones menos comunes la meningitis aséptica, con fiebre, cefalalgia y meningismo; mielitis transversa, convulsiones febriles,

síndrome de Guillain Barré, síndrome de Ramsay-Hunt, parálisis de Bell y deshidratación. El líquido cefalorraquídeo en niños con varicela y enfermedad del sistema nervioso central suele mostrar pleocitosis a expensas de linfocitos (< 100 células), un incremento leve a moderado de proteínas (< 200 mg) y una glucosa normal o ligeramente baja; los exámenes de laboratorio podrían no mostrar anomalías, aun cuando el paciente tenga manifestaciones encefálicas. Anormalidades difusas en el electroencefalograma suelen estar presentes. La mortalidad por estas complicaciones neurológicas de la varicela en niños sanos se considera del orden de 5 a 25%, pero esto no necesariamente refleja la incidencia real, ya que los estudios llevados a cabo afectan también a niños inmunodeprimidos o con síndrome de Reye. Cerca de 15% de los sobrevivientes con encefalitis presentan morbilidad a largo plazo.

#### Síndrome de Reye

No ha podido explicarse la relación que existe entre la infección primaria por el virus de varicela zoster y el síndrome de Reye. Suele aparecer después de una infección viral, por lo común influenza; sin embargo, en los períodos en que disminuye la incidencia de esta infección, la mayor parte de los casos del síndrome guardan relación con varicela, y se incrementa el riesgo si se ingieren derivados del ácido acetilsalicílico, aunque hay que hacer notar que en ocasiones el síndrome de Reye se presenta en niños que no recibieron medicamento. La incidencia de éste es de 2.5 por cada 10,000 casos y suele manifestarse por signos de encefalopatía aguda, y deterioro neurológico progresivo, relacionados con incremento de las transaminasas y amonio séricos y degeneración grasa

del hígado. Suele manifestarse tres a cinco días después de que aparecen las primeras lesiones cutáneas. Es la tercera causa más frecuente de hospitalización después de la infección bacteriana y la encefalitis, con una mortalidad cercana a 40% de los casos (11).

#### Diagnóstico

Es fundamentalmente clínico. El virus se puede aislar de las lesiones vesiculares durante los primeros 3 a 4 días de la infección. También es posible la visualización directa mediante técnicas de inmunofluorescencia. La infección por el VZV se puede confirmar mediante el estudio serológico de muestras de suero de la fase aguda y de convalecencia. La popular extensión de Tzanck, posibilita la identificación de células gigantes y de células que contienen inclusiones, pero no distingue entre lesiones por VHS y lesiones por VHZ. La tinción de anticuerpos inmunofluorescentes directos (DFA) de células raspadas de la base de una lesión, empleando anticuerpos específicos de VZV. El cultivo viral de VZV requiere una incubación prolongada en relación con otros herpesvirus. El máximo rendimiento se obtiene en lesiones precoces (líquido claro). Las técnicas de reacción en cadena de las polimeras (PCR) para el VZV no se han normalizado y, en este momento, se utilizan sobre todo como instrumentos de investigación para este virus.

Los recién nacidos con varicela congénita como consecuencia de una infección intrauterina o acontecida antes del periodo perinatal no eliminan virus y con frecuencia, la determinación de anticuerpos específicos contra el virus V- Z es motivo de confusión así pues, el diagnóstico se establece

en función de los hallazgos clínicos y de la historia materna. Con la enfermedad neonatal, la presencia de un exantema vehiculado típico y antecedentes maternos de varicela perinatal con exposición post- parte son los requisitos necesarios para establecer el diagnóstico. La confirmación del laboratorio puede establecerse mediante:

- a) Cultivo del líquido vesicular a pesar de que la sensibilidad de este método no es óptima porque el virus es muy labil.
- b) Demostración de un aumento de 4 veces el título de anticuerpos frente al virus V- Z mediante el análisis de anticuerpos fluorescentes frente al antígeno de la membrana (FANA) o mediante ELISA (12).

#### Tratamiento

- Uso de antipiréticos:

Se recomienda el uso preferencial de acetaminofeno (paracetamol). Está contraindicado el uso de ácido acetilsalicílico por el riesgo de desencadenar un síndrome de Reye. Algunos estudios han mostrado cierta asociación del uso de anti-inflamatorios en varicela con enfermedad invasora causada por *Streptococcus pyogenes*; mientras no existan mayores antecedentes se recomienda evitarlos.

- Higiene y prurito

Parte de la terapia está dirigida a aliviar el prurito y mantener la higiene de piel para prevenir la sobreinfección bacteriana. En este sentido, están desaconsejados las cremas y polvos que cubran las lesiones. El baño, de ducha en la medida de lo posible, debe ser fomentado cuidando no romper las lesiones y secando con toalla limpia sin frotar. El baño calma

además el prurito; pueden usarse medicamentos antihistamínicos según el caso. Debe evitarse el rascado de lesiones porque favorece la sobreinfección, mantener las uñas cortas y limpias (13).

- Terapia Antiviral Específica

Aciclovir es el antiviral de uso más extendido en varicela. Como, análogo de nucleósido, es incorporado por la ADN polimerasa a la cadena de ADN en síntesis durante la replicación del genoma viral, con lo que ocurre una detención de la replicación. Es activo contra la mayoría de los virus de la familia Herpesviridae, principalmente los virus herpes tipos 1 y 2 y el virus varicela-zoster. Es administrado como una prodroga y debe fosforilarse tres veces para convertirse en un producto activo; la primera fosforilación la efectúa la timidina quinasa viral, posteriormente es doblemente fosforilado por kinasas propias del hospedero. Aciclovir puede usarse por vía oral, endovenosa, tópica y ocular. Suele ser bien tolerado, con una baja frecuencia de efectos colaterales. Entre estos se han descrito molestias gastrointestinales, cefalea, exantema, flebitis por la administración endovenosa, e insuficiencia renal reversible descrita en pacientes deshidratados que reciben infusión intravenosa rápida del fármaco. Siempre debe infundirse aciclovir en al menos 1 hora (14).

Existen compuestos derivados de aciclovir: valaciclovir y famciclovir, cuyo espectro y mecanismo de acción son similares al fármaco original, pero con mejor biodisponibilidad, lo que permite el uso en menores dosis y mayor espaciamiento. Indicaciones. Aciclovir está indicado en todos los

sujetos con mayor riesgo de desarrollar varicela moderada a severa; estos grupos comprenden:

- Pacientes inmunocomprometidos. Deben ser tratados con aciclovir por vía parenteral, lo más precozmente posible, siendo máxima su eficacia si el tratamiento comienza antes de 24 a 48 horas de aparecer el exantema. Sin embargo, dado que en los inmunocomprometidos de la vertiente celular del sistema inmune la replicación viral es más prolongada, se recomienda iniciar aciclovir cualquier sea el grado de avance de la enfermedad. La dosis recomendada es: 10 mg /kg dosis cada 8 horas (30 mg/kg/día) o 500 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal cada 8 horas (1.500 mg/m<sup>2</sup> día), durante 7 a 10 días por vía intravenosa. En niños es posible cambiar a aciclovir oral después de dos días de evolución sin aparición de nuevas lesiones.
- Otros grupos de riesgo. Adolescentes y adultos; personas con enfermedades crónicas cutáneas o pulmonares; terapia prolongada con salicilatos; terapia corticoesteroidal breve, intermitente o en aerosol (los pacientes con terapia corticoesteroidal prolongada deben ser considerados inmunocomprometidos y tratados como tales); lactantes bajo un año de edad, hijos de madres seronegativas; contactos en el hogar (algunos expertos recomiendan tratamiento de los casos secundarios en un hogar, en quienes el cuadro suele ser más severo). Para una mayor eficacia el inicio de la terapia debe ser lo más precoz posible, idealmente dentro de las primeras 24 horas de exantema y como máximo

hasta las 72 horas. En estos pacientes se usa aciclovir por vía oral, la dosis en niños es: 20 mg/kg/dosis cada 6 horas (80 mg/kg/día) durante 5 días con un máximo de 3,2 g diarios. En adultos la dosis es: 800 mg cada 4 horas por 5 veces al día (4 g diarios) durante 5 a 7 días. Como alternativa en adultos se puede usar valaciclovir: 1 g cada 8 horas durante 5 días.

- Tratamiento de varicela grave o complicaciones derivadas del virus  
La varicela grave, diseminada, hemorrágica y la neumonía varicelatosas, a cualquier edad, deben ser tratadas con aciclovir por vía endovenosa, con similares dosis que las antes mencionadas.  
Niños inmunocompetentes. La terapia con aciclovir no está indicada rutinariamente en niños inmunocompetentes, pues los beneficios obtenidos son marginales.  
Tratamiento del Herpes Zoster  
La eficacia de la terapia antiviral en reducir la neuralgia post herpética está especialmente demostrada en sujetos mayores de 50 años; en niños en cambio, no existen recomendaciones claras, pues en ellos la neuralgia es muchísimo menos severa que en adultos. Existen distintos esquemas de terapia antiviral para el herpes zoster:
  - Pacientes inmunocompetentes. Valaciclovir 1 g 3 veces al día durante 7 días. Reduce la neuralgia post herpética más rápidamente que aciclovir. Famciclovir 500 mg 3 veces al día durante 7 días (ajustar dosis en insuficiencia renal), con similar eficacia que aciclovir. Aciclovir 800 mg 5 veces al día durante 7 a 10 días. En personas sobre 50 años de edad y, en especial si

existe alto número de lesiones, se recomienda asociar al tratamiento antiviral prednisona. Otros esquemas asocian antidepresivos, analgésicos locales o infiltraciones regionales, etc.

- Pacientes inmunocomprometidos. Herpes zoster no grave: aciclovir 800 mg 5 veces al día durante 7 días. En caso de progresión, cambio a terapia endovenosa. Valaciclovir y famciclovir no están aprobados para esta indicación. - Herpes zoster grave (más de un dermatoma, compromiso del nervio trigémino, herpes zoster diseminado): aciclovir 10 mg/kg cada 8 horas endovenoso durante 7 a 14 días. Deben emplearse dosis menores en pacientes ancianos y en presencia de daño renal o nefrotoxicidad. En los raros casos de resistencia a aciclovir (descrito en algunos pacientes con SIDA), está indicado el uso de foscarnet.

#### Prevención universal de varicela (profilaxis pre-exposición)

- Inmunización activa. La vacuna anti-varicela contiene virus vivo atenuado y ha sido producida a partir de la cepa Oka recuperada de un paciente que llevaba ese nombre. Se licenció en Japón en 1984 y en E.U.A. en 1995. La inmunogenicidad de esta vacuna es elevada, principalmente en niños entre 1 y 12 años, quienes presentan seroconversión en más de 95% luego de una dosis. Los jóvenes sobre 12 años y los adultos presentan tasas menores de seroconversión, por lo que requieren de dos dosis, espaciadas por 4 semanas entre sí. La eficacia global de la vacuna es de aproximadamente 85 a 90% y contra enfermedad moderada a

grave, de 95 a 100%. Es una vacuna bien tolerada, con baja frecuencia de efectos adversos. Ocasionalmente puede producir rash; en forma muy esporádica se ha descrito transmisión del virus vacuna, pero los casos así adquiridos han sido muy atenuados. Alrededor de 10 a 15% de los niños vacunados contra varicela pueden presentar la enfermedad tras una exposición natural; sin embargo, esta enfermedad suele ser atenuada. Durante los últimos años se ha visto que la varicela en niños vacunados ocurre con mayor frecuencia si la inmunización artificial se efectuó antes de los 14 meses de vida, situación que se acrecienta con el transcurso de los años. Las fallas son mucho menos frecuentes en individuos que reciben dos dosis. Sin embargo, aún no existe una recomendación formal de administrar una segunda dosis en niños pequeños, criterio que podría modificarse en caso de acumularse mayor evidencia (15).

- **Contraindicaciones.** Por ser una vacuna que contiene un virus vivo atenuado, está contraindicada en los sujetos inmunocomprometidos de la vertiente celular y en la mujer embarazada. Por el contrario, se puede administrar en sujetos con deficiencias de la inmunidad humoral, en infección por VIH asintomática y en niños con leucemia linfática aguda (siempre y cuando estén en remisión de su enfermedad de base durante al menos un año y que tengan un recuento de linfocitos  $> 700/\text{mm}^3$  y plaquetas  $> 100.000/\text{mm}^3$ ). Se recomienda no administrar

salicilatos durante las 6 semanas siguientes a la vacunación, por el riesgo teórico de desarrollar un síndrome de Reye. Se recomienda postponer la vacunación en sujetos que están cursando con una enfermedad aguda febril, y en personas que han recibido inmunoglobulinas (lapsos recomendados similares a los indicados para vacuna anti sarampión, que dependen del preparado y de la vía de administración) o dosis altas de corticosteroides por más de 14 días (lapso recomendado desde la suspensión: 1 mes).

#### 2.6. Prevención de varicela en contactos (profilaxis post-exposición)

- Inmunoglobulina hiperinmune anti-varicela zoster (IGVZ). Este producto está indicado en individuos con alto riesgo de desarrollar una varicela grave (inmunocomprometidos, mujeres embarazadas, recién nacido cuya madre presenta varicela entre 5 días antes y 2 días después del parto, prematuros hospitalizados > 28 semanas hijos de madre sin historia de varicela, prematuros hospitalizados < 28 semanas o 1 kg de peso, independiente de la historia materna), y que hayan tenido una exposición significativa con una persona que está cursando varicela o en su período pre-eruptivo (hasta 3 días antes del exantema). Se considera exposición significativa dormir en la misma casa, mantener un contacto cercano mayor de 1 hora en espacios cerrados o compartir habitación en hospital. La dosis de IGVZ es 1 ampolla de 1,25 ml (125 U) cada 10 kg de peso, por vía intramuscular. La dosis máxima es 625 U ó 5 ampollas, la dosis mínima es de 125 U ó 1 ampolla. Se debe

administrar con la mayor precocidad posible, dentro de los 4 días (96 horas) de producido el contacto. La duración de la protección que otorga la IGVZ se estima en alrededor de 3 semanas. Los pacientes que reciben regularmente (cada mes) dosis altas de inmunoglobulina endovenosa no requieren de la administración de IGVZ, si han recibido la inmunoglobulina endovenosa dentro de los 3 semanas previas.

- Vacuna.

La vacuna anti varicela está recomendada por la Academia Americana de Pediatría en el control de brotes, pues ha demostrado ser efectiva. Por falta de mayor información, aún no se ha incluido una recomendación explícita en otras situaciones de contacto. Diversos estudios en uso post-exposición en niños han mostrado que si la vacuna es administrada a individuos susceptibles dentro de los primeros 3 días y probablemente dentro de los primeros 5 días del contacto con el caso índice, puede prevenir o atenuar la enfermedad. Estos estudios han reportado una eficacia de alrededor de 67% a los 3 días del contacto y de 50% a los 5 días. Aún no existen suficientes estudios controlados respecto a este punto en adultos. No hay evidencia que la vacunación durante el período de incubación aumente el riesgo de eventos adversos.

- Aciclovir profiláctico.

El uso de aciclovir durante la segunda semana después del contacto en niños sanos, ha mostrado atenuación o prevención de

la varicela, por lo que esta alternativa podría considerarse en ciertos casos. Esta información proviene de sólo dos estudios con un reducido número de sujetos, por tanto, el uso de aciclovir preventivo no es una recomendación oficial. La dosis empleada es la misma empleada con fines terapéuticos, por vía oral, durante 5 días. Algunos sujetos que con esta medida no presentan varicela clínica continúan siendo susceptibles (profilaxis de infección exitosa), mientras que otros seroconvierten (infección silenciosa).

## BASE TEÓRICA

En la investigación se fundamenta a una de nuestras teoristas, quien ha tenido experiencia en el cuidado de pacientes pediátricos; Dorothea Orem, aunque no tuvo un autor que influyó en su modelo, ha descrito la teoría general del autocuidado, la cual trata de tres sub teorías relacionadas: la Teoría del Autocuidado, actividad que el individuo debe realizar para cuidarse a sí mismo; la Teoría del Déficit del autocuidado, determina cuando y porque se necesita de la intervención de enfermería; y la Teoría de Sistema de Enfermería, identificando tres tipos de sistema, totalmente compensadora, parcialmente compensadora y de apoyo-educación (16).

Su Teoría comprende cuatro elementos esenciales:

- Persona: persona que recibe cuidado de enfermería y puede proporcionarse el cuidado.
- Salud: proceso de llegar a ser una persona íntegra y total.

- Enfermería: persona que actúa cuando el individuo por cualquier razón no puede autocuidarse basándose en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente.
- Entorno: Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.

Aunque también es necesario aclarar otros conceptos que abarcan en la teoría de Orem:

- Necesidades de autocuidado terapéutico: El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona.
- Actividad de autocuidado: Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.
- Agente: La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en él mismo.
- Agente de cuidado dependiente: Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.

La relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva, en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente.

Esta relación se ve también en la guía de planificación de la enfermera según Orem, que dice:

- Información previa, se debe consultar al paciente y a la familia sobre el estado de salud del mismo y las condiciones culturales. A su vez Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
- Valoración: evaluar el desarrollo del paciente y su familia, que se analizara las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia (acerca del tratamiento).
- Planificación: Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia. La enfermera deberá apoyar la toma de decisiones del paciente y su familia.

Se trata de una teoría que describe la visión de los seres humanos, como seres dinámicos, unitarios que viven en sus entornos y que poseen libre voluntad, así como cualidades esenciales de los seres humanos.

### 2.3 Definición de términos

- a. Varicela: es una enfermedad infecciosa causada por el virus varicela-zóster, perteneciente a la familia de los herpesvirus, que también causa el herpes zóster. Se presenta principalmente en niños de entre uno y nueve años de edad. La infección en adolescentes y adultos suele ser más severa y tiene mayor riesgo de complicaciones como la enfermedad

pulmonar intersticial. Tras un período largo de latencia (14 a 21 días), la enfermedad presenta un periodo prodrómico semejante a un cuadro gripal con fiebre leve o moderada; luego aparece un exantema macular auto limitado (a veces con compromiso de mucosas o enantema), que rápidamente evoluciona a pápulas, luego a vesículas y finalmente a costras que se desprenden tras una a dos semanas (17).

- b. Contagio: Transmisión o adquisición de una enfermedad por contacto con el germen o virus que la produce (18).
- c. Profesional de enfermería: Ejecutor y hacedor de labores sistemáticas, organizadas, en las diferentes áreas de Enfermería; que permiten brindar un servicio de cuidado a los demás (19).

### III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1. Recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo utilizando la técnica de revisión documentaria:

- Libro de atención del tópico de emergencia pediátrica.
- Libro de ingreso de pacientes a sala de observación de emergencia pediátrica.
- Historias clínicas.

Llevándose a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, afín de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- Recolección de datos.
- Resultados.
- Análisis e interpretación de resultados.

#### 3.2. Experiencia Profesional

Me inicié en el año 2000 como Serumista en la Posta Médica de EsSalud Canchaque-Piura desempeñando funciones preventivo promocional hasta el 2002 donde fui trasladada al hospital de EsSalud III Cayetano Heredia-Piura para desempeñarme en el área de emergencia rotando por sus diferentes servicios: Uce, Reposo, tópicos medicina-cirugía y pediatría; a partir del año 2010 me desempeño en el área de emergencia pediátrica,

donde laboro actualmente, brindando una atención integral oportuna y eficaz con una base científica al paciente pediátrico hospitalizado desde el recién nacido hasta los 13 años 11 meses 29 días, considerándolo como una unidad biopsicosocial y espiritual utilizando recursos adecuados en un ambiente de interrelación humana armoniosa con el paciente y familia, en estrecha relación con su medio ambiente, con necesidad de adaptación en la etapa de transición de la enfermedad, proporcionando elementos para renovar, fomentar y recuperar la salud, favoreciendo el crecimiento y desarrollo sin riesgos así como una muerte digna.

Dentro de la organización esta se basa al servicio del usuario pediátrico ejecutando acciones y procedimientos de enfermería que aseguran la atención integral e individualizada de acuerdo a su grado de dependencia, diagnóstico y tratamiento médico, proyectando sus acciones a la familia y la comunidad.

La infraestructura de nuestro servicio tiene una antigüedad de 41 años y ocupa un área ubicada en el primer nivel, la distribución ha sido adaptada a la demanda y la especialización que ha generado una modificación y remodelación; El servicio de emergencia pediátrica está ubicado al lado este, cuenta con una infraestructura de cemento con ambientes pequeños, con 9 camas divididas en tres áreas UCEP que cuenta con un monitor, reposo con dos ambientes y tópico de enfermería.

El servicio cuenta con recursos humanos como son: 1 enfermera, 1 técnico de enfermería y 1 médico por turno.

Las prestaciones de atención se engloban al paciente pediátrico que cuenta con un seguro de Essalud, SIS, SALUPOL y otros atención inmediata en el servicio de emergencia pediátrica, dona vida, sistema de transporte asistido de emergencia (por vía terrestre y aérea) a los diferentes centros hospitalarios de alta complejidad, en nuestro servicio también son atendidos pacientes referidos de los diversos hospitales de Essalud, Minsa y clínicas particulares.

#### Funciones Desarrolladas en la Actualidad

Nuestra función básica integral de enfermería es encaminar a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en el servicio. Tomando decisiones con independencia, sujetándose a normas y procedimientos previos, con funciones específicas:

- Participar en la recepción y/o entrega del reporte de enfermería en cada turno, según protocolo establecido.
- Aplicar las normas de seguridad del paciente: Control de caídas, administración de tratamiento, prevención de úlceras por presión, identificación correcta del paciente (uso de brazaletes).
- Constatar que todos los pacientes de la unidad pediátrica cuente con su historia clínica, controlar funciones vitales a todos los pacientes en cada turno y registrarlo en la historia clínica.
- Brindar atención directa: baño de pacientes.

- Ejecutar la valoración inmediata del estado físico del infante en el momento que llega al servicio, mediante la observación y el monitoreo de funciones vitales.
- Ejecutar los procedimientos de enfermería, el plan terapéutico establecido por el médico, aplicando guías, protocolos y procedimientos vigentes.
- Gestionar la entrega y la aplicación de los medicamentos al paciente según indicación médica, previniendo riesgos y complicaciones.
- Intervenir oportunamente ante situaciones de urgencia y procedimientos médicos especiales.
- Observar, evaluar y monitorear los signos y reacciones del paciente para identificar sus necesidades y/o problemas que se presenten, reportarlos al médico de turno.
- Aplicar el proceso de atención de enfermería – PAE (valoración, diagnóstico, ejecución y evaluación), realizando notas de enfermería en historia clínica y formularios de atención.
- Verificar el abastecimiento de materiales y el funcionamiento de los equipos en cada turno.
- Manejar equipos especializados de diagnóstico y tratamiento y responsabilizarse por su operatividad y su buen funcionamiento.
- Asignar actividades y/o tareas al personal técnico de enfermería e internas de enfermería.

- Supervisar el cumplimiento de las actividades asignadas al personal técnico de enfermería e internas de enfermería.
- Es responsable del control y custodia de los medicamentos de coche de paro.
- Supervisar la limpieza de los ambientes y material tóxico.
- Registra en cada turno las actividades de producción de enfermería.
- Participa en la evaluación del personal no profesional de enfermería.
- Participa en los programas de educación continua dirigida a personal de enfermería.
- Participa en las reuniones técnico administrativas programadas en su servicio y en las convocadas por la jefatura de enfermería.
- Cumplir con reportar al paciente designado a las áreas de observación, anotar en el libro de ingreso.
- Gestionar las altas, transferencias, interconsultas, procedimientos, diagnósticos terapéuticos y otros por indicación médica.
- Coordinar con los diferentes servicios de hospitalización del paciente (neonatología, pediatría, UCI Pediátrica).
- Registrar su ingreso y salida del paciente pediátrico en el libro de pediatría.
- Informar al familiar donde fue ubicado su paciente para la continuación del tratamiento.

- Brindar asistencia durante la realización de los procedimientos médicos: CVC, CAF, Drenajes torácicos, intubaciones, etc., de los pacientes de emergencia.
- Es responsable del control y custodia de los medicamentos de coche de paro.
- Conducir, coordinar y supervisar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.
- Controlar el tiempo de permanencia de los medios invasivos (catéteres, sondas, etc.)
- Participar en la elaboración del plan anual de actividades e iniciativas corporativas de los planes de gestión en el ámbito de competencia.
- Cumplir con los principios y deberes establecidos en el código de ética del personal de Seguro Social de Salud (ESSALUD), así como no concurrir en las prohibiciones contenidas en él.
- Orientar y brindar apoyo emocional a los familiares del paciente pediátrico ante la situación crítica que se presenta.
- Velar por la seguridad, mantenimiento y operatividad de los bienes asignados para el cumplimiento de sus labores.
- Realizar otras funciones afines en el ámbito de competencia que le asigne el jefe del Servicio de Enfermería (20).

### 3.3. Procesos realizados en el tema

Actualmente en nuestra sociedad la varicela es una enfermedad muy común en la edad infantil que dura entre 10 a 21 días y se presenta de

manera estacional en primavera, por lo cual no se le da la debida importancia. Durante mis años de experiencia en el Servicio en Emergencia Pediátrica se han atendido pacientes con este tipo de enfermedad, y que en estos últimos años los casos de varicela han aumentado considerablemente, incrementándose así también la morbimortalidad de este importante grupo humano.

Por ello la importancia de este trabajo, pues servirá para formular aportes con respecto a la prevención de la varicela complicada entre los infantes.

Así, se pueden considerar las siguientes medidas preventivas:

- Por medio de la aplicación de la vacuna de manera oportuna.
- Innovando en el campo preventivo promocional del profesional de enfermería, implementando un programa de capacitación y concientización para el equipo de salud, además de los padres y profesores de las diferentes instituciones educativas, donde se pueden abordar temas relacionados a las normas de atención, así como la prevención y promoción.

En cuanto a la prestación de los servicios asistenciales, la Emergencia Pediátrica permanentemente sobrepasa su capacidad de atención, por ser el único Hospital de Nivel III de la Región, y a la vez de referencia, puesto que recibe pacientes asegurados, no asegurados, SIS, aseguradoras e incluso pacientes referidos del departamento de Tumbes.

Desde mi ingreso al hospital esta problemática es la misma creando limitaciones y dificultades para el desempeño profesional como:

- El hacinamiento, que pone en riesgo de contagio intrahospitalario y que no permite el aislamiento adecuado de pacientes con enfermedades infectocontagiosas.
- La falta de insumos y materiales para la correcta atención.
- El aumento de la carga laboral, la que no nos permite realizar una adecuada valoración a su ingreso y postrer atención del paciente.
- Falta de personal entre técnicos y enfermeros debidamente capacitados y especializados.
- Además, tal demanda de pacientes nos impide realizar nuestra función educativa y de concientización a los padres de familia.

#### IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

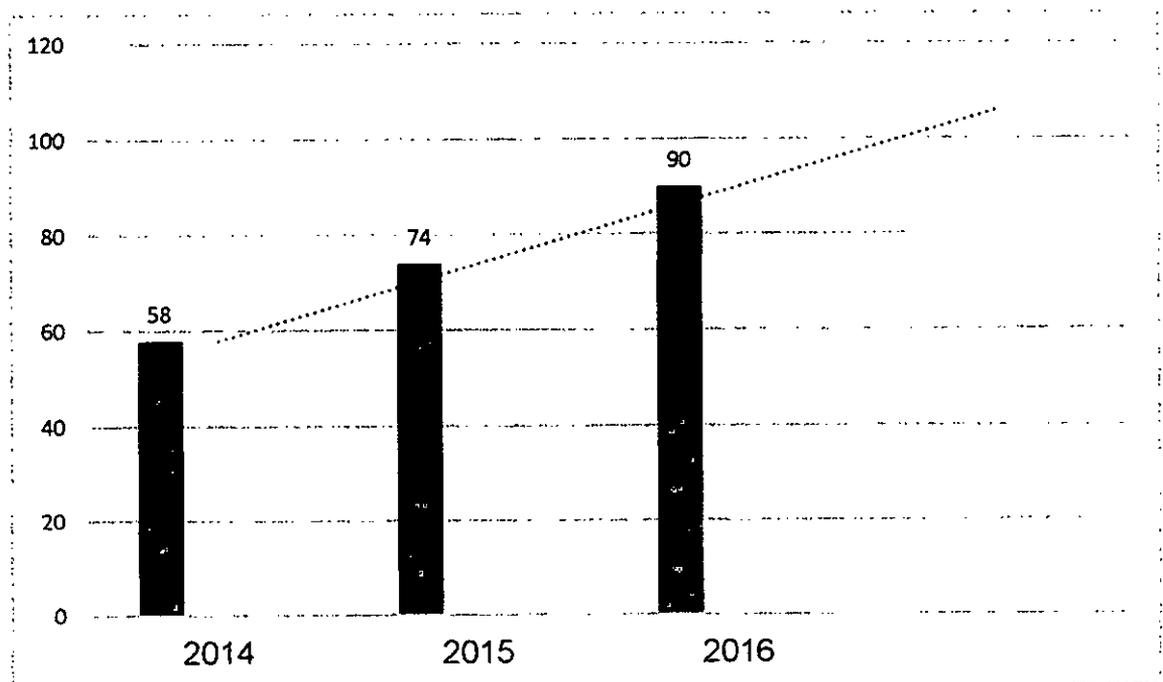
##### TOTAL DE CASOS DE VARICELA

TOTAL DE CASOS DE VARICELA		
2014	2015	2016
58	74	90

Fuente: ELABORACIÓN PROPIA – OFICINA DE ESTADÍSTICA 2016

GRÁFICO 4.1.

##### TOTAL DE CASOS DE VARICELA



Fuente: Elaboración Propia

Se observa que entre los años 2014 – 2016 fueron un total de 222 casos de varicela, predominando el 2016 con un total de 90 casos que recibieron atención en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital III Regional Cayetano Heredia III. Vemos que la tendencia es al incremento de casos, lo que de alguna manera es un motivo más para realizar la investigación y proponer algunas alternativas de solución y así evitar más casos en el futuro.

CUADRO 4.2

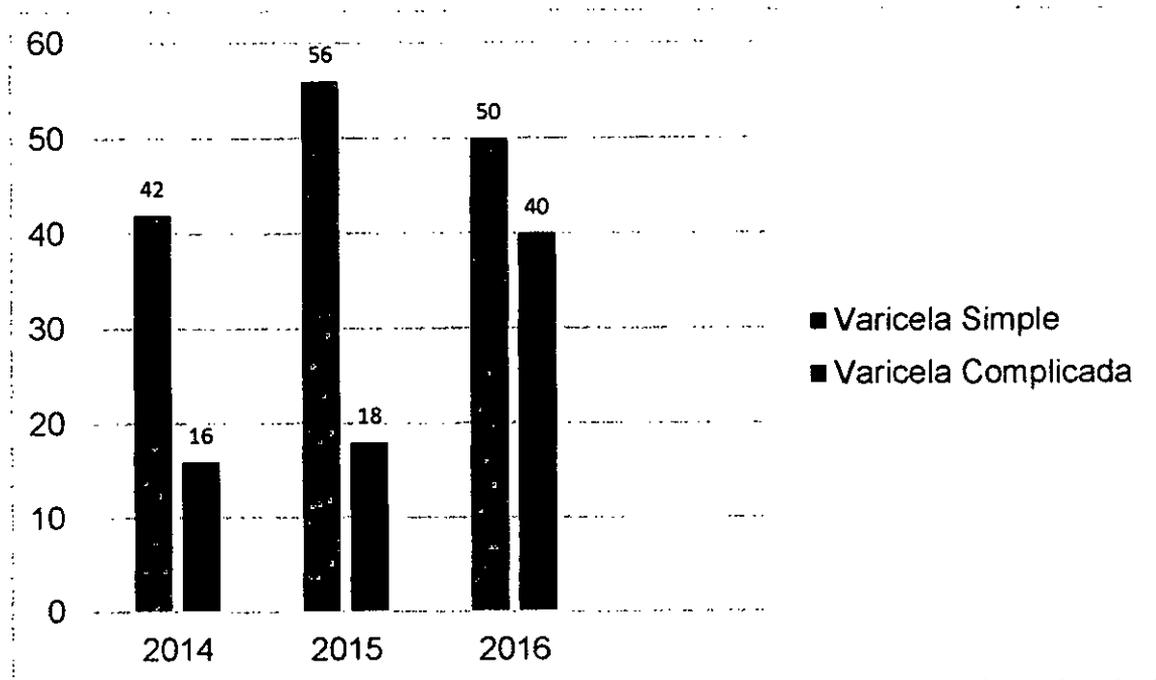
TOTAL DE CASOS DE VARICELA COMPLICADA

	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
Simple	42	72 %	56	76 %	50	56 %
Complicada	16	28 %	18	24 %	40	44 %
Total	58	100 %	74	100 %	90	100 %

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 4.2

TOTAL DE CASOS DE VARICELA COMPLICADA



Fuente: Elaboración Propia

Se aprecia que del total de casos de varicela, el 21.17 % son varicelas complicadas, con mayor casos registrados en el 2016 en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital III Regional Cayetano Heredia. Aquí también podemos apreciar la tendencia al crecimiento progresivo en cuanto a los casos de varicela complicada.

### CUADRO 4.3

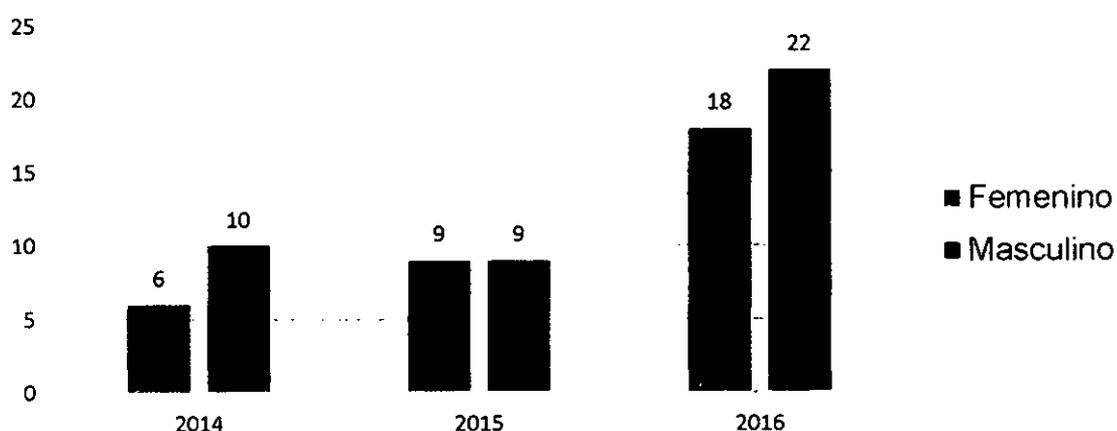
#### VARICELA COMPLICADA: SEGÚN SEXO

SEXO	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	6	37.50 %	9	50 %	18	45 %
Masculino	10	62.50 %	9	50 %	22	55 %
Total	16	100 %	18	100 %	40	100 %

Fuente: Elaboración Propia

### GRÁFICO 4.3

#### VARICELA COMPLICADA: SEGÚN SEXO



Fuente: Elaboración Propia

Se observa que en el 2014 el rango más alto con 10 casos que corresponde a un 62.50 %, corresponde al sexo masculino en contraposición a los 6 casos con 37.50 % en el sexo femenino que presentan varicela complicada. Ya en el 2016 los casos y porcentajes se incrementaron, después de un periodo de equidad en el 2015. Así se presentaron 18 casos en el sexo femenino que corresponde al 45 % y 22 casos en el sexo masculino con un 55 %. Después de sacar un promedio vemos que prevalecen los casos de Varicela Complicada en el sexo masculino con un porcentaje del 55.40 % que ingresaron y recibieron atención oportuna al servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital III Regional Cayetano Heredia.

CUADRO 4.4.

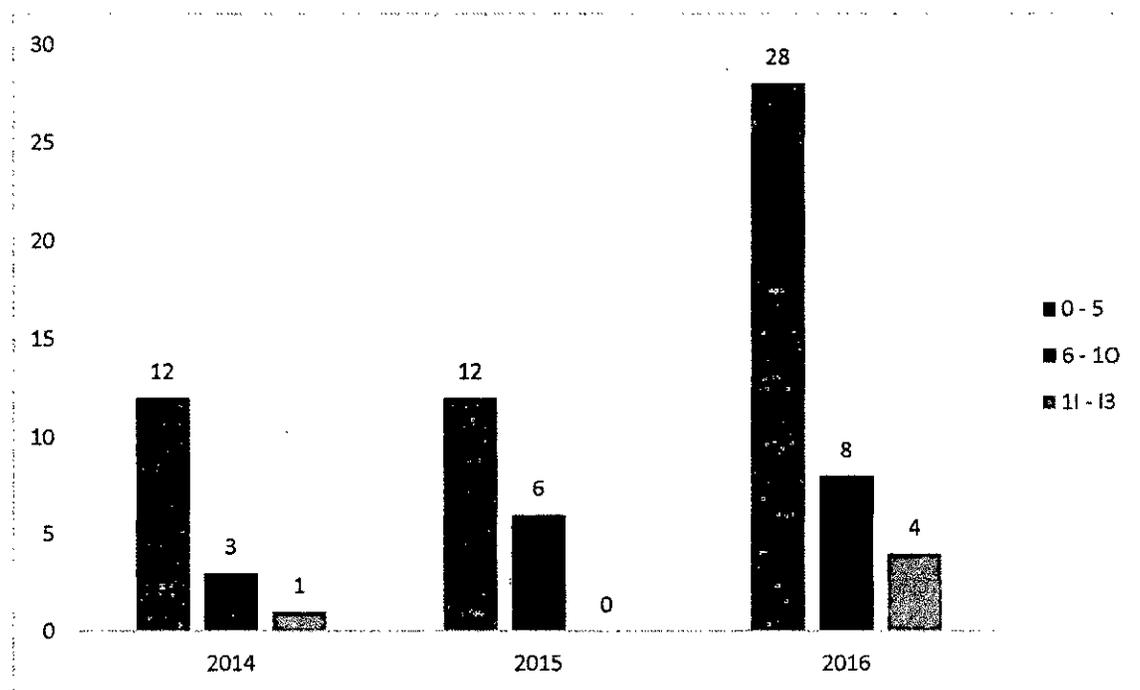
VARICELA COMPLICADA SEGÚN EDAD

EDAD	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
0 – 5	12	75 %	12	66.70 %	28	70 %
6 – 10	3	19 %	6	33.30 %	8	20 %
11 – 13	1	6 %	-	-	4	10%
Total	16	100 %	18	100 %	40	100 %

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 4.4.

VARICELA COMPLICADA SEGÚN EDAD



Fuente: Elaboración Propia

Se observa que del 100 % de casos registrados entre 2014 – 2016, el 70.27 % prevalece en el rango de edad entre 0 a 5 años, con un total de 52 casos de varicela complicada que asistieron y se atendieron en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital III Regional Cayetano Heredia.

CUADRO 4.5

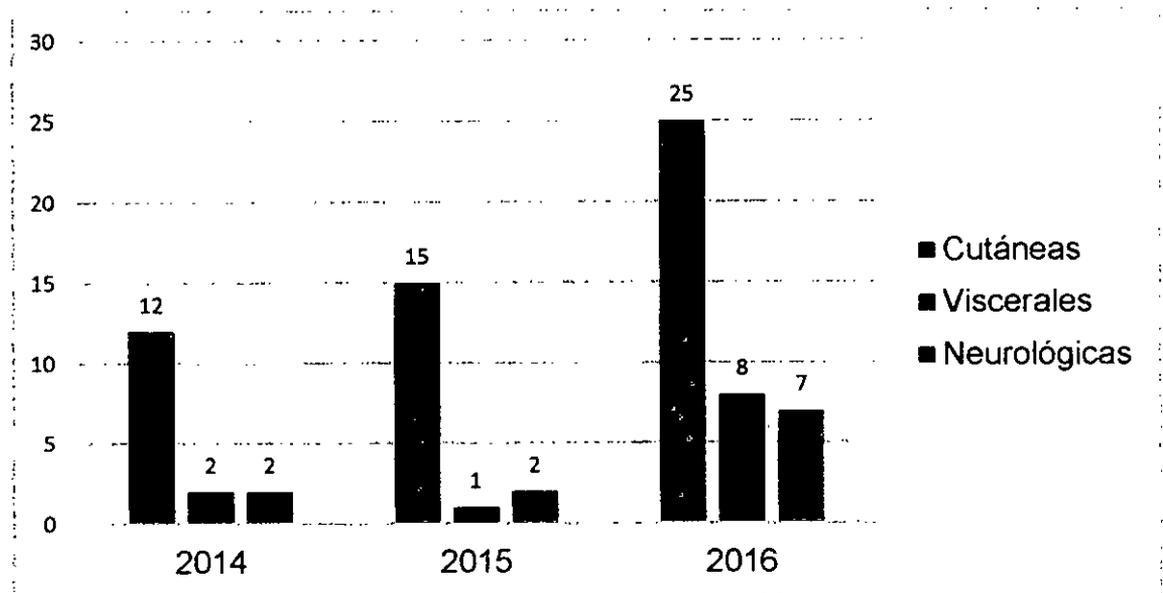
VARICELA COMPLICADA SEGÚN TIPO DE COMPLICACIÓN

COMPLICACIÓN	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cutáneas	12	75 %	15	83.30 %	25	62.50 %
Viscerales	2	12.50 %	1	5.60 %	8	20.00 %
Neurológicas	2	12.50 %	2	11.10 %	7	17.50 %
Total	16	100 %	18	100 %	40	100 %

Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICO 4.5

VARICELA COMPLICADA SEGÚN TIPO DE COMPLICACIÓN



Fuente: Elaboración Propia

Se observa que del total de casos registrados, la complicación más frecuente de varicela son las cutáneas, con un total de 52 casos que ingresaron y recibieron atención en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital III Regional Cayetano Heredia 2014 – 2016.

## V. CONCLUSIONES

En el presente informe de experiencia laboral profesional se llegó a las siguientes conclusiones:

- a. Del 100 % de casos con Varicela Complicada, el 44.59 % corresponden al sexo femenino y el 55.41 % al sexo masculino.
- b. Del total de Varicela Complicada 52 casos corresponden a complicaciones cutáneas, 11 casos complicaciones viscerales y 11 casos a complicaciones neurológicas.
- c. La Varicela es una enfermedad altamente vírica y sumamente contagiosa. Se puede evitar haciendo uso de la vacuna y elaborando programas preventivos en la comunidad.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a. Que se efectúen estudios para implementar la atención en el Servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital III José Cayetano Heredia el uso de la vacuna de la varicela, para así disminuir la incidencia e impacto de esta enfermedad en la población infantil beneficiaria.
- b. Promover la realización de estudios similares, que vayan enfocados a conocer otros aspectos de la varicela complicada como: el impacto económico en el medio intrahospitalario, y familiar, así como costos directos e indirectos.
- c. Se sugiere recomendar a los médicos de primer y segundo nivel que contra refieran a los pacientes con varicela complicada de una forma oportuna para evitar secuelas en los mismos

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HRCH CE. Informe. Cuadros estadísticos. Piura: Hospital Regional Jose Cayetano Heredia III, Epidemiología; 2016.
2. República Congreso de la. Constitución Política del Perú. [Online].; 1993 [cited 2016 octubre 5. Available from: <http://www4.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Constitu/Cons1993.pdf>
3. Mazariegos O. Varicela Complicada, evolución intrahospitalaria en pediatría. 2012. Tesis para obtener el grado de Maestro.
4. Palencia FL. Caracterización de complicaciones por varicela en niños en el Hospital Infantil de Infectología y Rehabilitación de Guatemala. 2014. Tesis para optar el título de Médico Cirujano.
5. López R. Estudio clínico epidemiológico de Faciitis Necrosante en niños con varicela. 2002. Tesis para optar el título de Especialista en Pediatría.
6. Miranda, E., J. Candela, J. Díaz, S. Farfán. Varicela complicada en un hospital pediátrico de referencia. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013; 1.
7. Marquillas JB&. Pediatría en atención Primaria. Primera ed. España: Elsevier; 2007.
8. Cabanillas J. Complicaciones Respiratorias y Neurológicas de Varicela en el Instituto de Salud del Niño. IV ed.: Pediatría; 2002.
9. Cloherty J. Manual de cuidados neonatales. Quinta ed. España: Elsevier; 2007.
10. Inmunizaciones CCd. Vacuna Anti Varicela en Chile. Rev. Chil Infectol.

11. Artur Guyton, John Hall. Tratado de Fisiología Médica. Novena ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
12. G. Mandell, J. Bennett. Principios y práctica de las enfermedades infecciosas. Quinta ed. New York: Livingstone; 2000.
13. Grose C. Vacunación contra la varicela en niños de Estados Unidos. 1995-2005. Evaluación después de la primera década.
14. Pediatría AAd. Infección por Varicela Zóster. 2004. Reporte del comité de infectología.
15. A. Gershon, J. Seward. Vacuna antivariçela. Cuarta ed. Saunders , editor. Philadelphia: Orenstein; 2004.
16. Medwave. Revista Biomédica Revisada por Pares. [Online].; 2012 [cited 2016. Available from:  
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5548>
17. Wikipedia F. Wikipedia. [Online].; 2017. Available from:  
<https://es.wikipedia.org/wiki/Varicela>
18. Española Diccionario de la Lengua. Wordreference. [Online].; 2017. Available from: <http://www.wordreference.com/definicion/contagio>.
19. A.D.A.M.. Medlineplus. [Online].; 2017. Available from:  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001934.htm>
20. Piura Jefatura del Servicio de Emergencia Hospital III Cayetano Heredia. Funciones de la enferma en la unidad de Pediatría. 2016.

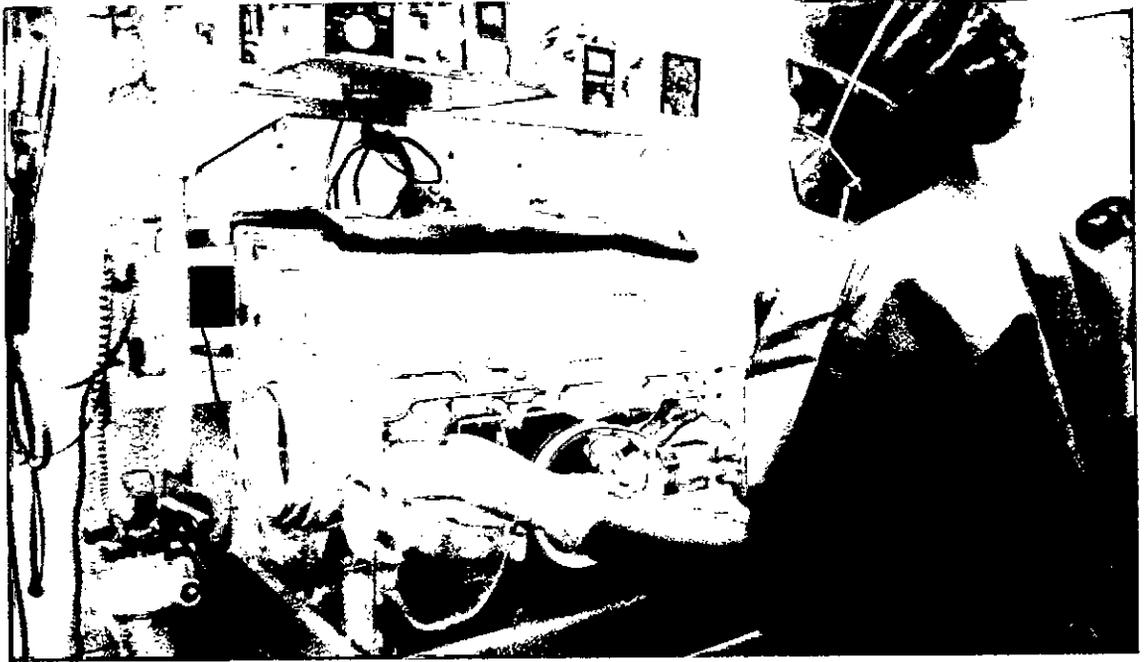
# **ANEXOS**

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON VARICELA**

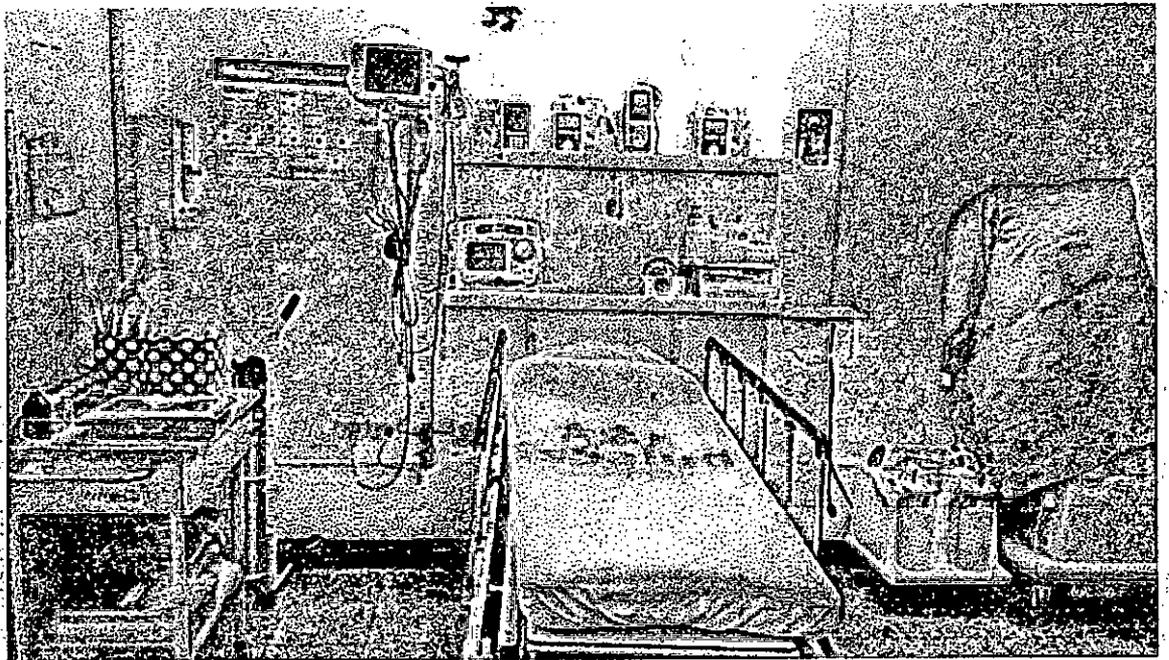
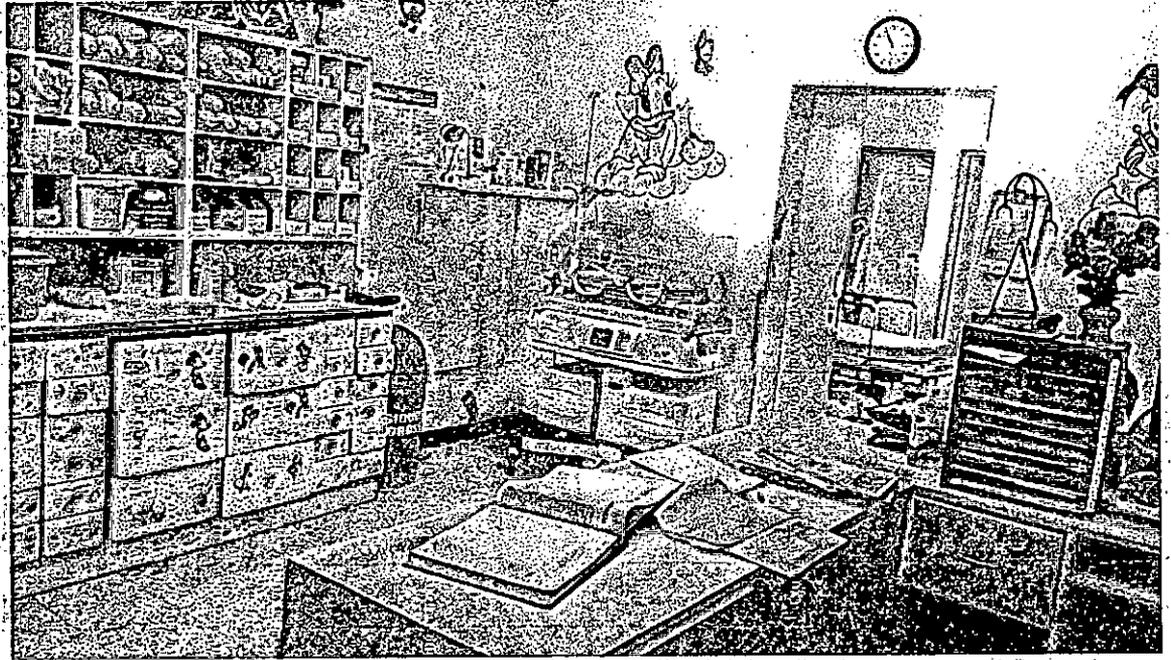
- Aislar(los) y situarlo solo en una habitación.
- Lavado de mano vigoroso antes y después de manipular al paciente.
- Mantener bien delimitada la unidad individual del paciente.
- Observar estrictamente al paciente para detectar signos clínicos.
- Utilizar barreras de protección: guantes, mandilón, gorra, mascarilla.
- El personal de enfermería con cortaduras, heridas abiertas, laceraciones no debe prestar asistencia al paciente, como medida de protección.
- Se recomienda que la relación paciente enfermera sea 1:1.
- Utilizar material desechable.
- Cumplir estrictamente indicaciones médicas, administrar dosis exacta de antibiótico y vigilar posibles reacciones adversas.
- No se administre ácido acetilsalicílico.

## ACCIONES DE ENFERMERÍA





## AMBIENTES DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA





## LIBROS DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS PEDIÁTRICA

